Ueber

Haematocele retrouterina.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung

der

Doctorwürde in der Medicin und Chirurgie

unter dem Præsidium

von

Dr. **Johann Säxinger**

o. ö. Professor der Geburtshilfe und Vorstand der geburtshilflichen und gynäkolog. Klinik

vorgelegt von

Eugen Bilfinger

aus Stuttgart.

Tübingen, 1872.

Druck von Heinrich Laupp.

Beim Abgang von der Universität sehe ich mich gedrungen, allen meinen hochgeehrten Lehrern meinen Dank auszusprechen. Zu besonderem Danke fühle ich mich Herrn Professor Dr. Säxinger verpflichtet, für die vielen Beweise von Wohlwollen, deren ich mich während meiner Studienzeit erfreuen durfte, und für die gütige Ueberlassung des Materials zu vorliegender Arbeit.

Während vor Nélaton das Vorkommen von Blutergüssen des Beckens zwar bekannt war, jedoch über ihre Genese und Symptome ganz vage Anschauungen bestanden, trat jener Forscher im Jahr 1851 mit einer Beschreibung derselben auf, in welcher er der Krankheit den Namen Haematocele retrouterina beilegte. Er verstand unter diesem Namen diejenigen Blutergüsse des Beckens, welche während einer Katamenialperiode entstanden und von den Gefässen der Geschlechtsorgane oder deren Adnexa ausgehend einen palpablen Tumor hinter dem Uterus bilden. Er schliesst, wie man aus dieser Definition leicht ersieht, alle nicht abgekapselten Blutergüsse aus. Denn einen palpablen Tumor kann ein Bluterguss erst dann bilden, wenn er nach oben abgekapselt ist.

Nachdem auf diese Weise Nélaton eine ganz präcise Definition der Krankheit gegeben hatte, wurden in der Folge mehrere Punkte der Gegenstand verschiedener Auslegung. So wurde in erster Linie der Name zu eng befunden und für die Haematocele retrouterina der Name Haematocele periuterina gewählt. Braun nannte die Krankheit extrauterine Haematocele. Wenn man Werth darauf legt, einer Krankheit einen möglichst präzisen Namen zu geben, so würde ich den Namen

»abgesacktes Beckenhämatom« als den passensten erachten, da dieser Name den anteuterinen Sitz des Blutergusses nicht ausschliesst, wie der Name Haematocele retrouterina, und ausserdem die Abkapslung des Blutergusses besonders betont. Indess werde ich den Namen, den Nélaton der Krankheit gab, der Einfachheit halber in dieser Arbeit beibehalten.

Ein weiterer Punkt der verschiedene Erklärung finden sollte, ist der Sitz des Blutergusses. Während Nélaton und später Voisin den intraperitonealen Sitz als den einzigen ansahen, wurden von Vigués alle Ergüsse extra peritoneum verlegt. Nonat und Bequerel nahmen sowohl intra- als auch extraperitoneale Hämatome an. Dieser Streit ist auch jetzt noch nicht ganz erledigt und es wird dieser Punkt weiter unten noch eine eingehendere Besprechung erfahren.

Während es Anfangs nur französische Autoren waren, die sich mit diesem Gegenstand beschäftigten, namentlich die Schüler und Assistenten Nélatons, hat die Krankheit im Verlauf des letzten Decenniums auch in der deutschen Litteratur die ihr gebührende Berücksichtigung gefunden. Sie wurde zwar von einigen deutschen Gynäkologen, so namentlich von Scanzoni mit ganz besonderer Skepsis aufgenommen, welch letzterer in seiner 20jährigen Praxis nur 2 Fälle von Haematocele beobachtet haben will; doch sind die positiven Angaben über die Häufigkeit des Vorkommens der Haematocele in Deutschland, die uns Seufert, Säxinger und Olshausen aus ihren Kliniken gegeben haben, von grösserer Bedeutung. Es sind in den letzten Jahren viele Fälle von Haematocele in Deutschland bekannt

gemacht worden, bei denen theils die Sektion theils die Punktion die Richtigkeit der Diagnose ausser Zweifel setzte; theils sind es Fälle, bei denen das klinische Bild mit den eben erwähnten Fällen so sehr übereinstimmt, dass man schlechterdings nicht an der Diagnose zweifeln kann. Indem wir uns also genöthigt sehen, die Hämatocele als eine ziemlich häufige gynäkologische Krankheit anzusehen, gehen wir über zu einer kürzeren Beschreibung derselben und bringen als Anhang die Geschichten zweier Kranken, die, in zwei aufeinanderfolgenden Katamenialperioden, jedesmal eine Beckenblutung erlitten, wie denn überhaupt solche Recidive der Haematocele nicht so gar selten sind.

Pathogenese und Aetiologie.

Unter Haematocele versteht man einen abgekapselten Bluterguss, der seinen Sitz am allerhäufigsten im Douglas'schen Raum und nur selten im Vesikouterinraum hat. Nélaton schon und namentlich Lanzier betonten den Zusammenhang der Entstehung der Geschwulst mit der Katamenialperiode. Die periodische Reifung des Eis ist mit einer Congestion zu sämmtlichen Beckenorganen verbunden, unter deren Einfluss einerseits der Follikel platzt und seinen Inhalt austreten lässt, andrerseits eine Blutung aus der Schleimhaut des Eileiters und der Gebärmutter zu Stande kommt. Unter normalen Verhältnissen nun tritt kein Blut in die Bauchhöhle aus, was viele Sektionen von Frauen beweisen, die während der Menstruation starben. Man fand bei diesen höchstens ein kleines Blutextravasat in der Höhle

des geplatzten Follikels. Haben aber pathologische Veränderungen, die sehr verschiedener Natur sein können, in den Generationsorganen und ihrer Umgebung sich etablirt, so kann es zu Blutungen in das Becken kommen. Die Quelle derselben ist wie man sich leicht denken kann, nicht in allen Fällen dieselbe, doch wurde gerade dieser Punkt Gegenstand einer etwas zu einseitigen Beurtheilung. Der anatomischen Lage nach scheinen besonders das Ovarium und der Eileiter dazu disponirt zu sein, einen Bluterguss in den Douglas'schen Raum zu setzen, was denn auch wirklich häufig der Fall ist. Dass es aber auch noch andere Quellen der Blutung gibt, ist unzweifelhaft; und wir werden jetzt die einzelnen Entstehungsformen der Haematocele der Reihe nach durchgehen.

I. Blutung aus dem Ovarium.

Wie oben erwähnt, wurde bei Frauen, die während der Menstruation gestorben sind, bei der Sektion schon öfters in dem geplatzten Follikel ein kleines Blutextravasat gefunden. Ob dieses erst während des Platzens aus einem zerrissenen Gefäss entsteht, oder schon vorher entstand und so zur raschen Vergrösserung und schliesslichen Zerreissung des Follikels führte, muss dahingestellt bleiben. Jedenfalls ist dieser Bluterguss für gewöhnlich ein äusserst geringer. Unter Bedingungen jedoch, die ich weiter unten auseinandersetzen werde, kann diese Blutung bedeutender und so die Ursache eines Haematocele werden. Es kommen ferner im Eierstocke Blutcysten vor, die zur Zeit der Menstruation unter dem Einfluss der er-

höhten Congestion platzen können. Solche Cysten können sich bilden, wenn die Congestion eine sehr bedeutende ist, oder wenn das Gewebe des Eierstocks und der Gefässe in Folge vorausgegangener chronischer Entzündung besonders brüchig sind. Namentlich beobachtet man solche Cysten in Folge von Axendrehung des Stils des Ovariums, wovon der Fall von Pertruban *) ein sehr schönes Beispiel ist.

Wenn eine solche Cyste platzt, so kann der Erguss wenn er nicht zu gross ist abgekapselt werden, und so eine Blutgeschwulst bilden; in andern Fällen jedoch ist die Blutung so stark, dass schon nach kurzer Zeit der Tod eintritt. Bei der Sektion findet man das Blut frei in der Bauchhöhle, da das Peritoneum nicht Zeit hatte auf den Reiz zu reagiren und den Bluterguss durch Pseudomembranen abzukapseln. Hieher gehört eine Beobachtung von Scanzoni. Man fand bei einem plötzlich verstorbenen Individuum bei Eröffnung der Bauchhöhle 6 ℔ Blut frei im Peritonealraum. Dasselbe stammte aus einer orangegrossen Blutcyste des einen Ovarium, welche geplatzt war. Aehnliche Fälle sind von Pelletan und Neumann beschrieben worden. Der Bluterguss aus dem Ovarium kann jedoch auch kleiner sein und abgekapselt werden, in welchem Falle wir es mit einer Haematocele zu thun haben.

Es liegen mehrere Sektionsprotokolle vor, wo das in dem Douglas'schen Raum abgesackte Blut aus dem Ovarium stammte.

---

*) Oesterr. Zeitschrift für prakt. Heilk. Wien 1855.

2. Blutung aus dem Eileiter.

Scanzoni hat zuerst darauf aufmerksam gemacht, dass eine Tubenblutung Ursache einer Haematocele werden könne. Es kam ihm nemlich folgender Fall zur Beobachtung: »Ein 22jähriges an Morbillen leidendes Mädchen starb kurz nach Eintritt der Menstruation unter den Erscheinungen einer intensiven Peritonitis. Die Sektion wies eine Hämorrhagie der linken Tube nach. Dieselbe war ausgedehnt und enthielt 2 Unzen Blut. Das Blut war zum Theil geronnen und hing durch das Abdominalende mit einem nahezu 1 Pfund betragenden, in der Beckenhöhle gelagerten, grösstentheils geronnenen Blutextravasat zusammen.«

Trousseau namentlich legt sehr grosses Gewicht auf die Tubenblutung in der Genese der Haematocele. Er nimmt an, dass die zur Zeit der Menstruation auftretende Blutung aus der Tubenschleimhaut, sich in Folge einer hämorrhagischen Diathese, so steigern könne, dass sie die Bildung einer Blutgeschwulst bewirken kann.

Voissin zählt 2 Fälle auf, die ihm Folge einer Hämorrhagie der Tube zu sein scheinen und sagt: »nach Allem ist die Hämorrhagie der Tuben eine Ursache der Haematocele retrouterina, aber eine weniger häufige als die Hämorrhagie des Ovarium.« Wir haben hier die Berstungen der Tube bei Extrauterinschwangerschaft noch zu berücksichtigen, welche Gallard geradezu mit der Haematocele zusammenwirft. Dass an den Lebenden die Differentialdiagnose oft sehr schwierig beziehungsweise unmöglich ist, ist nicht zu bezweifeln. Schröder citirt in seinem Lehrbuch der Geburtshilfe II. Aufl. pag. 210

2 Fälle von Abkapslung des Bluts in dem Douglas'schen Raum, der eine ist von Kussmaul beschrieben. In diesem war durch eine vorhergegangene Peritonitis der Douglas'sche Raum durch Pseudomembranen von dem übrigen Peritonealcavum abgetrennt worden und der Austritt des Eis und des Bluts war in diesen Raum erfolgt.

Der andere Fall wurde von Schröder selbst beobachtet. Er glaubt, dass der Austritt des Bluts in diesem Falle sehr langsam erfolgte und daher dem Peritoneum Zeit blieb, das Extravasat einzukapseln.

In den meisten Fällen von Tubenschwangerschaft ist bei Berstung des Fruchtsacks die Blutung so stark, dass sie unmittelbar den Tod zur Folge hat.

3. Rückfluss des Blutes aus dem Uterus durch die Eileiter in die Bauchhöhle.

Ruysch war der erste, der einen Fall von Beckenblutung beobachtete, der nach seiner Ansicht auf diese Weise entstanden war. Ausser ihm haben Bernutz und namentlich Helié diese Art des Zustandekommens eines Blutaustritts in das Becken betont. Wenn aus irgend einem Grund eine Atresie der Scheide und des Cervix uteri vorhanden ist, so häuft sich das Menstrualblut an, der Uterus wird ausgedehnt und wenn keine Entleerung des Bluts vorgenommen wird, berstet die Uteruswand und es kommt zu einer rasch tödtenden Peritonitis. Sehr selten mögen, wie Scanzoni sagt, die Fälle sein, in welchen sich das

Blut durch einen oder den andern Eileiter den Ausweg in die Bauchhöhle bahnt.

Bernutz und Gonseil haben indessen mehrere solche Fälle mitgetheilt.

Olshausen *) hat ferner einen Fall bekannt gemacht, in dem in Folge eines Typhus Atresie der Vagina, dann Haematometra und Haematocele entstand. Es wurde punktirt, die Kranke starb an Peritonitis. Die Sektion wies Rückstauung des Blutes durch die Tube nach. Ausserdem führt Schröder in seinem Werk »kritische Untersuchungen über die Diagnose der Haematocele retrouterina« 2 Fälle an, bei denen Uterus duplex mit Haematometra der einen Seite vorhanden war. Das stagnirende Blut war durch die Tube des verschlossenen Uterus ausgetreten.

Der eine Fall ist der von Dr. Beronius aus Fahlun, der andre von Décés. Auch Gallard erwähnt, dass er 2 derartige Fälle gesehen habe.

Trousseau führt einen Fall von Rückstauung des Menstrualblutes durch die Tube als Folge einer Retroflexio Uteri an.

Diese Art von Zustandekommen der Rückstauung hält Scanzoni für sehr unwahrscheinlich. Er meint, dass wenn unter solchen Umständen je Blut durch die Tuben austritt, stets aussergewöhnliche, den Gebärmutterflexionen an sich fremde Verhältnisse dazwischen treten müssen. Wenn also nach dem Gesagten nicht geläugnet werden kann, dass das Zustandekommen der Haematocele auf diese Weise möglich ist, so muss man doch

*) Archiv für Gynäk. Bd. I.

dem obigen Ausspruch Scanzonis über die Seltenheit dieser Bildungsweise vollkommen beipflichten.

4. Berstung von Varicen der breiten Mutterbänder.

Die Venen des Beckens nehmen Theil an der weiteren breiteren Venenerweiterung, wie sie namentlich bei Frauen die schon oft geboren haben, vorkommt. Ausserdem erweitern sich die Venen des kleinen Beckens um so leichter, weil sie klappenlos sind. Voisin legt bei dem Zustandekommen der Varicen der breiten Mutterbänder namentlich Gewicht auf das Tragen von Corsetten, Richet auf hartnäckige Stuhlverstopfung, die bei Frauen sehr häufig ist. Uebrigens meint Voisin, dass bei Berstung eines solchen Varix die Blutung eine so vehemente sei, dass es nicht zur Abkapselung sondern zu sofortigem lethalem Ausgang komme. Er citirt die Fälle von Distant, Leclerc, Ollivier, d'Angers, Fleischmann. In dem Fall von Müller jedoch (Inaug.Diss. Leipzig 1862), in dem eine Vene des breiten Mutterbands geplatzt war, war es zur Abkapslung des Ergusses, d. h. zur Bildung einer Haematocele retrouterina gekommen.

5. Pelveoperitonitis haemorrhagica.

Virchow ist der Ansicht, dass der Bluterguss in den meisten Fällen aus den Pseudomembranen stamme, welche, in Folge von partiellen Peritonitiden entstanden, hauptsächlich im Douglas'schen Raum ihren Sitz haben. Nach Virchow ist der Douglas'sche Raum

seiner Lage nach schon zu Peritonitiden besonders disponirt, indem alles was in die Bauchhöhle austritt, wie Blut, das Bestreben hat, sich in derselben zu senken. Er fand bei seinem ausgedehnten Sektionsmaterial auch bei Männern ähnliche Veränderungen in der Excavatio rectovesicalis. Haben sich nun unter dem Einfluss solcher partieller Peritonitiden im Douglas'schen Raum Pseudomembranen mit reichlicher Vascularisation gebildet, so kommt es bei stärkerer Congestion leicht zu Gefässrhexis, zu Blutergüssen, die von vorn herein abgesackt sind; der Prozess ist ein ganz ähnlicher, wie bei der Pachymeningitis haemorrhagica.

In mehreren Fällen von Haematocele liess sich aus der Anamnese deutlich nachweisen, dass eine Pelveoperitonitis dem Blutextravasat vorausgegangen war, die Blutung selbst aber braucht in solchen Fällen durchaus nicht nothwendig aus den Pseudomembranen zu entstehen, sondern kann aus irgend einem der genannten Organe zu Stande kommen. Wir wollen jedoch nicht läugnen, dass die Pseudomembranen in häufigen Fällen die Quelle der Blutung sind, da sie sicher auch an der menstrualen Congestion der Beckenorgane Theil nehmen und da ihre neugebildeten Gefässe besonders zarte Wandungen besitzen.

In seinem oben citirten Werk führt Schröder 2 Fälle von Credé an, die ihm durch eine Pelveoperitonitis haemorrhagica entstanden zu sein scheinen. Ueber die Rolle, die die Pelveoperitonitis in der Pathogenese der Haematocele spielt, sind auch sonst noch die Ansichten getheilt, indem die einen, wie z. B. Nélaton, in allen Fällen die Blutung für das primäre halten, und

die Peritonitis für das sekundäre. Sie stützen diese ihre Ansicht auf das klinische Bild der Krankheit, andrerseits auf die schnell lethal verlaufenden Blutungen aus den Gefässen der Genitalien, bei denen es zu keiner Abkapselung mehr kommt. Andere Forscher halten diese Ansicht mit Recht für zu einseitig. Denn manche Anamnese ergibt als primäre Erkrankung die Pelveoperitonitis und nur so ist das Zustandekommen der Haematocele anteuterina intraperitonealis zu erklären. Hier muss der Vesicouterinraum durch Pseudomembranen von dem übrigen Peritonealcavum getrennt sein, da sonst bei der Einnahme der Rückenlage das Blut augenblicklich in den Douglas'schen Raum überfliessen würde.

Aetiologie.

Die menstrualen Vorgänge spielen in der Aetiologie der Haematocele eine hervorragende Rolle. Gewöhnlich ist die Menstruation unregelmässig, namentlich werden häufig Menorrhagieen angeführt, seltener Amenorrhöe. Wo solche Menstruationsstörungen vorhanden sind, waren sie fast immer Folgen einer Geburt und eines Abortus, wie überhaupt Hämatocele bei Frauen, die nicht geboren haben, äusserst selten ist. So führt Schröder an, dass von 42 Kranken nur eine nicht geboren hatte. Unter den 36 Beobachtungen von Voisin ist 34mal verzeichnet, dass die Kranke geboren oder abortirt hatte; in 2 Fällen wird nichts hiervon erwähnt. Ueber diesen Gegenstand sagt Ott (die periuterinen und retrovaginalen Blutergüsse) folgendes: »Das Alter der Erkrank-

ten, das von 25—35 differirt, bringt es mit sich, dass sie meistens schon geboren haben.«

Ich möchte jedoch gerade auf vorausgegangene Geburten grösseres Gewicht legen, weil in manchen Fällen von einer Geburt an, Metrorrhagien vorhanden waren, welche sich besonders oft mit Haematocele zusammen zeigen. Geburten und Aborte hinterlassen ferner leicht chronische Entzündungen und Venenerweiterungen, welche bei einer erhöhten Congestion, zu Blutungen führen können. Ich glaube also in vielen Fällen die Residuen von Geburten als das prädisponirende Moment ansehen zu müssen und die Menstruation als die Gelegenheitsursache, will jedoch nicht behaupten, dass es sich in allen Fällen so verhält, denn es sind mehrere Beobachtungen vorhanden, wo trotz vorausgegangener Geburten die Menstruation ganz regelmässig war, aber während einer solchen ein Coitus ausgeübt wurde und irgend eine andre Schädlichkeit auf den Körper eingewirkt, welche eine Haematocele zur Folge hatte. In diesen Fällen muss man die Menstruation als das prädisponirende Moment, den Coitus als die Gelegenheitsursache ansehen. Was für eine wichtige Rolle die Menstruation beim Zustandekommen der Krankheit spielt, beweisen namentlich die Fälle, bei denen bei einer der nächsten Katamenialperioden ein Recidiv der Erkrankung eintrat. Solche Rückfälle sind gar nicht so selten und ist ein solcher Fall bei dem das Recidiv besonders eklatant war, der Gegenstand meiner Inauguraldissertation.

Dass übrigens Haematocele auch unabhängig von der Menstruation vorkommen kann, beweist der Fall

von Ferber, wo eine 53jährige Frau, die seit 8 Jahren nicht mehr menstruirt war, an Haematocele erkrankte.

Einen sehr grossen Werth in der Aetiologie der Haematocele legen die Franzosen auf den Coitus, ja Gallard meint, dass er ein wichtigeres ätiologisches Moment sei, als die Menstruation selbst. In den 36 Beobachtungen von Voisin ist diese Ursache 6mal aufgeführt, und auch sonst findet man Fälle genug, wo ein Coitus die Ursache war. Den eklatantesten Fall führt Puech an von einer 25jährigen Puella publica, welche durch eine schreckliche Beharrlichkeit in ihrem Beruf sich die Krankheit zugezogen hatte und ein Opfer ihrer lasciven Lebensweise wurde.

Als sonstige Ursachen werden noch aufgeführt, starke Verkühlungen, schwere Anstrengungen, gemüthliche Alterationen zur Zeit der Menstruation. Was die sogenannte kachektische Haematocele, die namentlich bei Purpura, Icterus gravis, Variola, Masern und Scharlach auftreten soll, anbelangt, so meint Scanzoni, dass sie zu den grössten Seltenheiten gehört, weil die akute Blutdissolution so rasch tödtet, dass es zu keiner abkapselnden Peritonitis mehr kommt.

In 3 Fällen von Olshausen war das Tragen eines Pessarium Ursache der Erkrankung.

Pathologische Anatomie.

Wir kommen hier zunächst auf die Frage über den Sitz der Haematocelen. Gibt es auch extraperitoneale? Nélaton, Voisin, Virchow und Andere sind der Ansicht, dass alle Haematocelen intraperitoneal sind,

und dass die extraperitonealen Blutergüsse nur unter dem Einfluss eines Puerperiums und eines Trauma entstehen. Andere Forscher dagegen nehmen eine extraperitoneale Haematocele an und haben schon öfter an der Lebenden eine solche diagnosticirt. Schröder sieht sich durch seine Untersuchungen über Haematocele zu folgendem Ausspruch veranlasst: »extraperitoneale Blutergüsse, die zu klinischen Symptomen Veranlassung geben, sind ausserhalb der Zeit der Fortpflanzung ganz ungemein selten; ein ganz sicher constatirter Fall liegt in der gesammten Litteratur bis jetzt nicht vor.« Nach Schröder sind alle Sektionsresultate, bei denen eine extraperitoneale Haematocele gefunden wurde, anzuzweifeln mit Ausnahme des Falls von Ott. In dem Fall von Ott ist allerdings nach den exakten Untersuchungen von ihm und Luschka an dem extraperitonealen Sitz nicht zu zweifeln, andererseits kann da der Uterus als jungfräulich befunden wurde, der Bluterguss nicht von einem Puerperium abgeleitet werden; da jedoch der Bluterguss zufällig an einer Leiche gefunden wurde, also jegliche Anamnese fehlt, so kann derselbe immerhin einem Trauma seinen Ursprung verdanken. Was die an den lebenden diagnosticirten extraperitonealen Hämatocelen anbelangt, so lässt Schröder nur einen Fall als mit grosser Wahrscheinlichkeit extra peritoneum sitzend gelten. Denn »die Geschwulst zeigte in ihrer Mitte die grösste Höhe und fiel von da nach oben gegen das Scheidengewölbe und nach unten nach dem Scheidenausgang hin allmälig ab.« Es ist dies der Fall von Betschler (klinische Beiträge zur Gynäkologie, 1. Heft, Breslau 1862). Diese Geschwulst

hatte sich 7 Wochen nach einer Geburt in Folge einer grossen körperlichen Anstrengung gebildet, wesshalb Schröder dieselbe ungezwungen als einen Thrombus vaginae bezeichnen zu können meint. Es ist allerdings eine grosse Seltenheit, dass so spät nach der Geburt noch Thromben vorkommen, doch ist noch ein anderer ähnlicher Fall von Helfer veröffentlicht (M. f. Geb. B. 25. Lupp). In diesem war der Thrombus 3 Wochen nach der Geburt in Folge einer heftigen Anstrengung entstanden. Im Archiv für Gynäk. Bd. I. 39 veröffentlicht Olshausen einen Fall, in welchem er nicht umhin kann, die Diagnose auf extraperitoneale anteuterine Haematocele zu stellen. Ich muss offen bekennen, dass ich beim Durchlesen der Krankengeschichte und des Befundes nichts finden konnte, was mir für den extraperitonealen Sitz beweisend ist.

Dieser Fall ist übrigens ein ganz sicheres Beispiel einer anteuterinen Haematocele. Man wollte ursprünglich die Möglichkeit einer anteuterinen Haematocele bestreiten, indem man von der Ansicht ausging, dass das Blut bei stärkerer Anhäufung aus dem seichten Vesikouterinraum in den Douglas'schen Raum überfliessen und dass diess namentlich in der Rückenlage geschehen müsse. An der Möglichkeit einer anteuterinen Haematocele kann man jedoch schon von theoretischer Seite aus gar nicht zweifeln, da der Bluterguss in den zuvor abgekapselten Vesikouterinraum geschehen kann, in welchem Falle dann ein Ueberfliessen nicht mehr möglich ist, ja es sind wie schon oben erwähnt wurde, gerade die Fälle von Haematocele anteuterina beweisend für die

Ansicht, dass die Pelveoperitonitis das primäre, der Bluterguss das secundäre sein kann.

Es liegen übrigens auch 2 Sektionsprotokolle von anteuterinem Haematom vor. Der eine Fall ist von Martin-Magran und Loulié (Gaz. des Hôp. 1861. Nro. 14). Hier war die anteuterine Haematocele nur eine Theilerscheinung der retrouterinen und im vordern Scheidegewölbe war kein Tumor zu fühlen. Der andere Fall ist von Gustav Braun (Wiener med. Wochenblatt 22. Jahrgang No. 22 u. 23) veröffentlicht. In diesem Fall hatte die Kranke nach ihrem 2. Wochenbett wahrscheinlich eine Pelveoperitonitis überstanden. Sie erkrankte dann nach einigen Jahren an einer Haematocele, wobei namentlich ein starker Harndrang sich einstellte, aber durchaus keine Fiebererscheinungen vorhanden waren. Es wurde eine Haematocele anteuterina diagnosticirt; man punktirte mit dem Aspirateur pneumatique; nach einigen Tagen starb die Kranke an einer Peritonitis. Die Sektion ergab eine anteuterine intraperitoneale Haematocele, die hauptsächlich die linke Seite des kleinen Beckens einnahm. Das Sektionsprotocoll lautet: »die Wände werden dargestellt: nach rückwärts und unten durch das Lig. uteri latum, links durch das Gekröse der Flexura sigmoidea, nach vornen und oben durch verklebte Dünndarmschlingen, deren Gekröse und das grosse Netz. Der Uterus liegt an der hintern Wand dieses Sacks, auch die linke Tuba liegt an der hinteren Wand.

An der Lebenden hatte man das vordere Scheidengewölbe vorgedrängt gefunden, einen Befund, dessen Möglichkeit Schröder bezweifelt hat.

Ausser diesen 2 Fällen existiren noch 6 Beobachtungen in der Litteratur, bei denen die Diagnose Haematocele anteuterina gestellt und der blutige Inhalt durch Punktion entleert worden war. Diese Diagnose wurde nun von Schröder für irrig erklärt und er hat in sehr überzeugender Weise dargethan, dass in allen diesen Fällen Uterus duplex mit Haematometra der einen Seite bestanden hatte. Die durch Blut ausgedehnte eine Hälfte des Uterus war mit einer Haematocele verwechselt worden.

Wir kommen nun wieder auf die Haematocele retrouterina intraperitonealis zurück. Das Blut, das in den Douglas'schen Raum ergossen wird, erregt dort eine adhäsive Entzündung. Man findet desshalb bei Sektionen Pseudomembranen, die sich vom Ligamentum latum und der hintern Fläche des Fundus uteri nach dem Rectum und der hinteren und den seitlichen Wänden des Beckens hinüberspannen. Die Pseudomembran durchkreuzt auch die Höhlung des Blutsackes, so dass er öfters in mehrere kleinere Räume zerfällt. Die Organe von denen die Pseudomembranen ausgehen, sind mehr oder weniger unbeweglich geworden. Ott findet es mit Recht befremdend, dass, wenn man nur intraperitoneale Haematocelen annimmt und sich den Uterus demnach durch Pseudomembranen fixirt denken muss, die Beweglichkeit des Uterus so häufig wieder und zwar in kurzer Zeit ad integrum restituirt wird.

Der Inhalt der Blutgeschwulst besteht theils aus Gerinnseln, theils aus einer chokoladefarbigen visciden Flüssigkeit. Unter dem Mikroskop fand Breslau viele

gezackte und geschrumpfte Blutkörperchen, ferner Eiterkörperchen, endlich noch grössere granulirte Zellen.

Symptome und Verlauf.

Dem eigentlichen Beginn der Krankheit gehen in den meisten Fällen Menstruationsstörungen voraus, welche sich gewöhnlich als Metrorrhagien seltener als Amenorrhöe äussern. In nicht so seltenen Fällen fängt die Krankheit mit einer Suppressio mensium an. Der Beginn der Affection ist mehr oder weniger akut. Manchmal haben die Kranken das Gefühl, als ob etwas im Leibe zerissen sei. Es treten dann sehr lebhafte Schmerzen auf, die gewöhnlich ihren Sitz in einem Hypogastrium haben, die Schmerzen strahlen auch oft vom Kreuz in das Becken und die Schenkel aus. Sie sind theils wehenartig, theils kolikartig.

Es stellen sich Fiebererscheinungen ein, ohne dass jedoch besonders hohe Temperaturen erreicht werden. Zu diesen Symptomen kommen bald noch andere Zeichen der Peritonitis, Erbrechen, Meteorismus, Verstopfung. Selten beginnt die Krankheit mit einem einmaligen Schüttelfrost, häufiger mehrmaliges Frösteln.

Es stellt sich ein lästiges Gefühl bei den Kranken ein, als ob ein Fremdkörper aus der Vulva und dem Anus hervordrängen wollte. Tenesmus des Mastdarms und der Blase ist gewöhnlich vorhanden. Manchmal findet man Oedem der Beine und Neuralgien des ischiadicus und cruralis.

Zu den Erscheinungen der Peritonitis, ja diesen oft vorausgehend, treten Zeichen von akuter Anämie, Col-

laps, kleiner frequenter Puls, und eine tiefe Blässe, bei manchen Personen ein eigenthümlich gelbes Colorit, welches sehr an dasjenige der Krebskranken erinnern soll.

Bei der Betastung des Bauches, der aufgetrieben und gespannt ist, findet man in den meisten Fällen eine Geschwulst, die selten gerade in der Mittellinie, sondern gewöhnlich mehr seitlich liegt. Die Berührung ist schmerzhaft, die Consistenz ist anfangs teigig, selten fluktuirend, gleichmässig an der Oberfläche, nach einiger Zeit wird sie härter und uneben. Die Geschwulst kann sich bis in die Nähe des Nabels erstrecken. Bei der Perkussion ist der Schall über dem Tumor leer. Neben der Geschwulst ist manchmal der Körper des Uterus zu fühlen.

Sehr charakterische Symptome ergibt die Untersuchung durch die Vagina. Was die blaue Färbung der Geschwulst anbelangt, so kommt sie in manchen Fällen zum Augenschein, ist aber unter keinen Umständen bei der Differentialdiagnose zwischen extraperitonealer und intraperitonealer Haematocele zu verwenden, da sie sicher auch bei intraperitonealen vorkommen kann. Bei der Digitaluntersuchung findet man den Douglas'schen Raum vorgewölbt. In dem Braun'schen Fall von Haematocele anteuterina war der Vesicouterinraum vorgewölbt. Der Tumor ist teigig manchmal fluktuirend anzufühlen; er wird jedoch mit der Zeit härter und bekommt auf der Oberfläche Kämme und Leisten. Manchmal wird er dann wiederum weich. Der Uterus hat gewöhnlich einen höhern Stand, selten ist er gesenkt, in einzelnen Fällen nach rechts oder links dislocirt. Der Cervix ist an die Symphyse angepresst, manchmal an derselben

platt gedrückt. Die Vaginalportion ist öfters aufgelockert und der äussere Muttermund erweitert.

Bei der Untersuchung durch das Rectum findet man dessen Lumen durch den Tumor verengt, manchmal so hochgradig, dass man den Finger nicht an der Geschwulst vorbeiführen kann. Die obere Grenze des Haematoms ist vom Rectum aus nicht zu erreichen.

Was den Verlauf der Krankheit anbelangt, wenn kein operativer Eingriff gemacht wird, so ist der Ausgang in Resorption der häufigste.

Indem sich unter Nachlass der Schmerzen und der Fiebererscheinungen das Befinden der Kranken bessert, wird die Geschwulst härter und zeigt entschieden eine Tendenz zur Verkleinerung. Es wird zuerst der flüssige Theil der Ergüsse resorbirt. Nach Voisins Beobachtungen fällt die Verkleinerung der Geschwulst hauptsächlich mit den nächsten Katamenialperioden zusammen, während die Grösse des Tumors in der Zwischenzeit mehr stationär bleibt. Die Menstruation ist von einer Congestion zu allen Theilen des kleinen Beckens begleitet, welche, indem sie den Stoffwechsel in dem Tumor beschleunigt, zu dessen rascherer Resorption beiträgt.

In andern Fällen jedoch steigern sich gerade während der Periode die Schmerzen wieder und der Tumor gewinnt wieder an Umfang.

Ein neuer Bluterguss kann die Ursache dieser Vergrösserung sein und es dürfte namentlich zur Erklärung dieser Fälle die Theorie von Virchow über das Zustandekommen der Blutung zu verwerthen sein. Andrerseits ist die Unterscheidung eines neuen Blutergusses von einer unter dem Einfluss der erhöhten Congestion ein-

getretenen Rekrudescenz der Peritonitis äusserst schwierig, in vielen Fällen wohl unmöglich. Nur eine sehr rasch eintretende Vergrösserung der Geschwulst und plötzlich auftretende Zeichen von Anämie oder spontane Entleerung noch frischeren Bluts lassen ein Recidiv der Haematocele diagnosticiren. Gerade das letzte Symptom war bei dem Fall, den ich in der hiesigen geburtshilflich-gynäk. Klinik zu beobachten Gelegenheit hatte und den ich unten beschreiben werde, eingetreten. Ein andres eklatantes Beispiel von Recidiv, das ich ebenfalls unten im Auszug bringen werde, hat Professor Säxinger in der Prager Klinik beobachtet und im Wiener mediz. Wochenblatt veröffentlicht.

In der Casuistik von Voisin finden sich mehrere Fälle, bei denen bei einer der nächsten Katamenialperioden eine Exacerbation des Leidens eintrat.

In der Beobachtung Nr. 3 war die Kranke vom Hospital nach Hause zurückgekehrt, nachdem die Geschwulst sehr hart geworden war, ohne sich verkleinert zu haben. Da sie sich zu Hause Schädlichkeiten aussetzte, so blieb die nächste Periode aus, und sie wurde von denselben Schmerzen befallen, wie vor ihrem Eintritt in das Hospital; sie war genöthigt 4 Wochen lang das Bett zu hüten und wurde mit Kataplasmen behandelt.

Beobachtung 15. Die Kranke war im November an Haematocele erkrankt und hatte Anfangs Januar des nächsten Jahres das Hospital aufgesucht, wo Tardieu eine Haematocele diagnosticirte. Sie wurde mit Kataplasmen behandelt. Sie hatte stets wehenartige Schmerzen, Tenesmus und Blasenkrampf, die Geschwulst fluktuirte. Am 25. Januar erschien die Periode, sie war schmerz-

haft und sparsam. Am 27. Jan. wurde sie von ausserordentlichen Schmerzen ergriffen. Die Schmerzen riefen Stuhldrang hervor; die Kranke hatte Erbrechen; der Puls war klein, 104 in der Minute; die Geschwulst, die beim Eintritt in das Hospital 4 Querfinger unter dem Nabel stand, stand jetzt einen Querfinger höher. Die Palpation war schmerzhaft. Am 3. März hatte die Geschwulst wieder die frühere Grösse erreicht. Bei der nächsten Periode verkleinerte sich die Geschwulst stark. Die Regel blieb schmerzhaft. Patientin wurde vollständig geheilt entlassen.

Beob. 34. Die Kranke war 18 Monate vor dem diesmaligen Eintritt in das Hospital in die Abtheilung Trousseau's aufgenommen worden. Die Krankheit war gerade so aufgetreten wie damals; es war eine Geschwulst im Bauch vorhanden, die anfangs für ein Fibroid gehalten wurde. Nach 6monatlichem Aufenthalt im Spital wurde sie vollkommen geheilt entlassen. Die Menstruation blieb profus und schmerzhaft. Bei ihrer diesmaligen Aufnahme 18 Monate nach dem ersten Eintritt in das Spital, hatte sie über Schmerzen, Uebelkeit, Erbrechen etc. zu klagen, gerade wie es das erstemal der Fall war. Es wurde nun von Trousseau eine Hämatocele diagnosticirt. Die Kranke genas nach mehreren Monaten.

Beob. 36. Patientin war während einer Menstruation erkrankt. In Folge einer Anstrengung war Suppressio mensium eingetreten. Sie hatte starke Schmerzen und bemerkte nach einiger Zeit eine Geschwulst. Nélaton diagnosticirte eine Haematocele retrouterina. Auf die eingeleitete Behandlung hin nahmen die Schmerzen

und die Grösse der Geschwulst etwas ab. Das nächste Mal erschienen die Regeln nicht; dumpfe anhaltende Schmerzen in den Seitentheilen des Hypogastriums; die Schmerzen waren remittirend, und wurden von der Kranken denen mit Schnitten durch ein scharfes Instrument verglichen. Die Kranke hatte keine Ruhe in ihrem Bett, sie wusste nicht, welche Lage sie einnehmen sollte. Blasenkrampf; häufiger Harndrang, 15 mal in 24 Stunden, Verstopfung; den Tag darauf bekam sie sehr heftige Schmerzen im Abdomen. Kein Katamenialfluss, Schüttelfrost. Von da an ging es jedoch mit der Patientin zusehends besser. Die nächste Periode war normal.

Was nun diese Fälle anbelangt, so scheint mir Beob. Nr. 3 zu dürftig und da die neue Erkrankung vom Arzte nicht controlirt wurde, unzuverlässig.

Beob. 15 und 34 scheinen mir wirkliche Recidive zu sein, während die Beobachtung Nr. 36 ebensowohl nur eine neue Attaque von Peritonitis sein kann.

In der Monographie von Voisin pag. 135 ist noch ein anderer Fall aufgeführt, von welchem Voisin sagt: »Die Kranke hatte vorher an einer Haematocele gelitten, die sich durch das Rectum entleert hatte. Die jetzige Krankheit ist eine mit Menstruationsstörungen complicirte Entzündung des Beckenzellgewebes.« In diesem Fall sass die Geschwulst links vom Uterus, der nach rechts verschoben war.

Ich theile in Kürze noch einen Fall mit über den Voisin S. 131 folgendes sagt: »Die folgende Beobachtung, obgleich sie ähnliche Symptome wie die der Haematocele zeigt, scheint mir doch wegen des Zweifels, den die Anamnese rege machen muss, hier einen Platz

zu verdienen: Eine Kranke die stets unregelmässig menstruirt war, hatte 2mal geboren. Zwischen diesen beiden Schwangerschaften etwa 14 Tage nach einer erschöpfenden Anstrengung wurde die Kranke von heftigen Schmerzen im Abdomen ergriffen, hatte aber zur Zeit keine Blutverluste; der Leib wurde voluminös, es trat Erbrechen und Fieber ein. Sie musste lange das Bett hüten und die Rekonvalescenz dauerte lange. Der Leib war seit dieser Zeit stark geblieben.

Sie kam nun zum zweiten Mal wieder. Seit dieser Zeit bekam die Kranke 7 bis 8mal folgenden Zufall: Bei einer Katamenialperiode hatte sie einen abundanten, lange dauernden Blutverlust, dann hatte der Ausfluss plötzlich ein Ende und es traten heftige Schmerzen, Fieber, Erbrechen und Verstopfung ein. Der Bauch war aufgetrieben, bei der Berührung sehr schmerzhaft. Die Kranke musste 4 Wochen das Bett hüten. Bei einer angemessenen Behandlung verloren sich die Zufälle, nur liessen sie eine grosse Schwäche und Blässe zurück.

Von da an war 4 Jahre lang die Periode ziemlich regelmässig. In der allerletzten Zeit wurde sie wieder profus. Die Katamenien waren zuletzt am 16. August erschienen, am 21. stockte der bis dahin reichliche Blutfluss plötzlich, es traten Schmerzen im Hypogastrium ein, denen bald Erbrechen, Agitation, Fieber folgte. Die Kranke hatte seitdem das Bett gehütet. Bei der Untersuchung des Abdomens war im Hypogastrium eine rundliche Geschwulst zu fühlen.

Bei der Vaginaluntersuchung fand man hinter dem Uterus, der nach vorn und oben gedrängt war, eine runde, ziemlich harte Geschwulst von gleichmässiger

Consistenz. Das Befinden besserte sich unter der eingeleiteten Behandlung. Am 13. September trat die Regel ein, aber ziemlich spärlich; Abends stockte dieselbe plötzlich ohne nachweisbaren Grund; es traten wieder Schmerzen im Unterleib ein, aber weder Frost noch Erbrechen; Hitze und Unruhe die ganze Nacht; am 14. Haut heiss; Puls 100. Abdomen sehr gespannt, schmerzhaft. Die Geschwulst ist grösser als je und erstreckt sich bis zum Nabel. Der Vaginalbefund derselbe wie vorher.

Von da an besserte sich das Befinden der Patientin. Sie verlangte entlassen zu werden, ehe die nächste Periode eingetreten war.«

Ich glaube dass Voisin mit Recht in die Anamnese Zweifel setzt, möchte aber doch die am 21. August während der Periode eintretende Erkrankung für eine Haematocele und die Exacerbation der Krankheit am 14. Sept. für ein Recidiv halten.

In Schröders öfters citirtem Werk findet sich ein Fall von Haematocele, die durch die Sektion constatirt wurde. Der Fall ist von Henry Madge ausführlich mitgetheilt.

In dieser Beschreibung heisst es: Einen Monat nach Beginn der Krankheit erscheinen die Katamenien wieder und machen vom 2. Tag an beunruhigende Erscheinungen: Anämie, partieller Collapsus und Schmerzen in der Gegend des Tumor, dabei hebt Madge besonders hervor, dass die bis dahin weisse Hautfarbe gelblich wie in malignen Krankheiten wird.

Bei der nächsten Periode bricht die Geschwulst in das Rectum durch. Der Tumor im Unterleib verschwindet, sie collabirt jedoch, und stirbt. Bei der

Sektion findet man in der Höhle, die die Blutgeschwulst bildet, einen Blutklumpen von 6 Unzen frischen nicht veränderten Blutes«.

Ich glaube, dass wir es hier mit einem Recidiv zu thun haben, trotzdem dass eine Vergrösserung des Tumors während jener Periode nicht angeführt ist, aber die Zeichen von Anämie, die plötzlich auftreten, und die Frischheit des bei der Sektion gefundenen Blutes veranlassen mich, jenen Zufall als ein Recidiv zu deuten.

Ausser diesen Fällen von Recidiven sind noch mehrere beschrieben, deren Litteratur mir nicht zugänglich war.

Ein Fall von Denonvilliers (Gaz. des Hôp. 1851. Bd. 579).

Ein Fall von Huguier (Bulletin de la société de chirurgie. 1851).

Ein Fall von Trousseau. In Scanzonis Werk über die Krankheit der weiblichen Sexualorgane ist ein Fall von Pelegrino Salvolini angeführt, bei dem die Recidive nach einem Coitus eingetreten war.

Auch einer der von Scanzoni beobachteten Fälle betraf ein Freudenmädchen, welches unmittelbar nach ihrer Heilung den früheren Lebenswandel wieder fortsetzte und 2 Monate nachher an einer Recidive der Haematocele erkrankte.

Auch Doctor Gallard führt ein Beispiel von Recidive an (Woisin S. 108). Olshausen (Ueber Haematocele und Haematometra, Arch. für Gynäk, Bd. I. S. 37) führt 3 Fälle an. Unter diesen 3 Kranken befand sich eine, welche wegen Prolapsus uteri ein Zwanck'sches Pessarum trug. Bei dieser Patientin sah

Olshausen sogar in 3 aufeinander folgenden Jahren eine Haematocele auftreten.

Ich komme jetzt wieder auf den Verlauf der Krankheit zurück. Wenn die Krankheit nicht durch solche eben beschriebene Zufälle unterbrochen wird, so kann das Extravasat in 4—6 Wochen resorbirt werden. Gewöhnlich dauert jedoch die Resorption länger bis zu 8 Monaten. Resorption ist der glücklichste Ausgang. Ein weiterer glücklicher Ausgang ist der Durchbruch des Extravasates in das Rectum.

Dem Durchbruch gehen gewöhnlich Exacerbation des Fiebers, heftige Koliken und Tenesmus vorher. Dann entleert sich längere Zeit hindurch eine chokoladeartige Flüssigkeit; die Geschwulst verkleinert sich und die Heilung ist in kurzer Zeit vollendet. In einzelnen wenigen Fällen trat nach Durchbruch in das Rectum der Tod durch Verjauchung der Wände ein.

Ganz ähnlich verhält es sich bei dem Durchbruch des Extravasates in die Scheide. Gewöhnlich gehen auch Fieber und Schmerzen vorher, dann findet die Entleerung statt und die Heilung ist bald vollendet.

In einem Fall von Credé war der Durchbruch in den Uterus erfolgt. Es ist dies jedoch einer von jenen Fällen, die ursprünglich für eine Haematocele anteuterina gehalten wurden und die Schröder nachträglich für Hämatometra bei Uterus bicornis erklärte.

In dem Fall von Chartin-Magnan und Loulié war die Perforation der Haematocele in die Blase und den Dünndarm erfolgt.

Ein sehr schlimmer Zufall ist der Erguss in den bis dahin freien Theil der Bauchhöhle. Es entsteht

eine akute gewöhnlich rasch tödtende Peritonitis. Je älter das Extravasat ist, desto reizender wirkt es auf das Peritoneum ein. Ganz frisches Blut setzt keinen so intensiven Reiz, sonst müssten die meisten intraperitonealen Haematocelen zu einer allgemeinen Peritonitis führen.

Von schlechter Prognose ist auch der Ausgang in Abscessbildung. Dieser kann dann in die Scheide, das Rectum und die Bauchhöhle durchbrechen. Man thut wohl daran, den Abscess frühzeitig zu öffnen, da die Kranke leicht an Pyämie und Peritionitis zu Grunde geht.

Diagnose.

Die Diagnose bietet in manchen Fällen, in denen das klinische Bild ganz ausgesprochen ist, keine Schwierigkeit, in anderen dagegen kann sie geradezu unmöglich sein.

Wir haben hier in erster Linie die Verwechslung der Hämatocele mit einer Pelveoperitonitis im Auge; dass die Differentialdiagnose sehr schwierig ist, beweist ein Fall von Nélaton. Dieser punktirte in der Meinung, er habe es mit einer Hämatocele zu thun, die Geschwulst mit einem Troikar, aus dem sich dann eine Menge Eiter und Serum entleerte.

Die Unterscheidung zwischen Haematocele und Pelveoperitonitis ist, wie Ferber bemerkt, um so schwieriger, da die Hämatocele in vielen Fällen eben nur eine durch ein Blutextravasat hervorgerufene Pelveoperitonitis ist.

In der Diagnose der Haematocele spielt die Menstruation eine Hauptrolle. Es gehen dem Auftreten derselben gewöhnlich längere Zeit Menstruationsanomalien voraus und die Krankheit selbst beginnt zur Zeit der Menstruation, während Pelveoperitonitis sich sehr häufig an eine Geburt anschliesst. Ich möchte bei der Diagnose der Haematocele namentlich auf die Zeichen der akuten Anämie, die in einzelnen Fällen deutlich ausgesprochen sind, Werth legen, da diese für einen Bluterguss beweisend sind. Ein werthvolles Symptom ist die rasche Entstehung des Tumors, wie er fast nur durch einen Bluterguss zu Stande kommen kann. Die rasche Entstehung der Geschwulst verbunden mit den Zeichen der Anämie stellen die Diagnose fast ausser Zweifel. Voisin legt auf die Consistenz der Geschwulst einen grossen diagnostischen Werth. Die »Geschwulst einer Haematocele ist anfangs weich, oft fluctuirend anzufühlen und wird mit der Zeit härter und uneben. Die Geschwulst, die durch eine retruoterine Entzündung zu Stande kommt, ist anfangs hart und wird später weich und fluctuirend.

Ob die Art der Schmerzen, die bei Haematocele oft wehenartig sind, grossen differentialdiagnostischen Werth haben, ist fraglich.

Retroflexio uteri gravidi. Die Unterscheidung ist nicht so einfach als man meinen möchte und es sind mehrere Fälle bekannt, wo man bei einer Haematocele sich längere Zeit bemühte, den vermeintlich retroflektirten Uterus zu reponiren. Ja in dem Fall von Mickschick wurde in der Meinung, man habe es mit einem retroflektirten inkarcerirten Uterus zu thun, die Punk-

tion gemacht, wodurch eine Masse Blut entleert wurde. Die Sektion ergab eine Haematocele. Die Uterussonde könnte das Bestehen einer Retroflexio uteri gravidi leicht ausschliessen. Kann aber die Sonde nicht angewendet werden, so muss die Anwesenheit irgend eines Zeichens von Schwangerschaft, ferner das nicht Vorhandensein eines Tumors im Bauch, der ja selten bei Haematocele fehlt, dann der unmittelbare Uebergang der Vaginalportion in den in der Scheide zu fühlenden Tumor das Bestehen einer Retroflexio erkennen lassen.

Extrauterinschwangerschaft.

Das Ausbleiben der vorher regelmässigen Menstruation. Die allmälige Entwicklung des in der Scheide gelegenen Tumors, endlich die verschiedenen Zeichen der Schwangerschaft und die durch die Sonde constatirte Leerheit des Uterus lassen erkennen, dass man es mit einer im Douglas'schen Raum liegenden extrauterinen Frucht zu thun hat.

Von Ovariencysten und Fibroiden des Uterus lässt sich die Haematocele hauptsächlich durch ihren acuten Beginn unterscheiden, während jene Geschwülste sich langsam und schmerzlos entwickeln.

Was die Diagnose des intra- und extraperitonealen Sitz anbelangt, so ist bei der extraperitonealen vor allem das tiefere Herabtreten der Geschwulst zu berücksichtigen.

In dem Fall von Betschler konnte ferner leicht constatirt werden, dass die Geschwulst in der Mitte der

Scheide ihren grössten Umfang hatte und gegen das Scheidengewölbe hin abfiel. Scanzoni legt darauf grosses Gewicht, dass bei der extraperitonealen Haematocele im Bauch kein Tumor zu tasten ist. Er hat zwar bei einigen Wöchnerinnen einen solchen gefunden. Hier war aber der Bluterguss so gross, dass der Tod in kürzester Zeit eintrat. Was das von Breslau angegebene Symptom der Elevation des Uterus bei extraperitonealem Sitz betrifft, so ist dies auch bei intraperitonealem der häufigere Befund. Auf die blaue Färbung der Scheide kann man gar kein Gewicht bei der Diagnose legen. Die extraperitoneale Haematocele soll ferner keine so hochgradige Erschütterung des Nervensystems hervorbringen und von geringeren Schmerzen begleitet sein.

Prognose.

Der Ausgang ist in den meisten Fällen ein glücklicher. Doch ist die Krankheit wegen der drohenden allgemeinen Peritonitis, dann wegen Vereiterung der Bluthöhle, und wegen der Möglichkeit von Recidiven durchaus als eine schwere anzusehen und desshalb in der Behandlung die grösste Sorgfalt nothwendig. Die Befürchtung, dass nach Haematocele Sterilität eintrete, hat sich durch mehrere Fälle, in denen nachher Schwangerschaft eintrat, so durch die Fälle von Nélaton und Braun etc. als grundlos erwiesen.

Therapie.

Bei der Behandlung der Haematocele stehen sich die exspektative und die operative Methode gegenüber, während Récamier namentlich und anfangs auch Nélaton die Geschwulst punktirten, hat dieser letztere in Folge eines nach einer Punktion eingetretenen lethalen Ausgangs die exspektative Behandlung besonders empfohlen und nur dann die Punktion gestattet, wenn ein Durchbruch in die Bauchhöhle droht. Scanzoni gestattet die Eröffnung der Geschwulst, auch nur unter folgenden Bedingungen:

1. Bei einer derartigen Grösse der Geschwulst, dass Blase und Mastdarm lebensgefährliche auf keine andere Weise zu beseitigende Funktionsstörung erfahren.

2. Wenn die Haematocele sich in einen Beckenabscess verwandelt und der Aufbruch zu lange auf sich warten lässt, so dass Pyämie zu befürchten ist.

3. Bei Fortdauer aussergewöhnlicher durch andere Mittel nicht zu stillender Schmerzen, die, insofern sie mehr mechanischer Natur sind, durch die Entleerung des Tumors eine Verminderung gewärtigen lassen.

Auf diese Fälle würde also die Punktion zu beschränken und sonst immer die exspektative Methode zu instituiren sein.

Die Punktion wird am besten in der Vagina mittelst eines gewöhnlichen Troikars vorgenommen. Credé hält es für passender, vom Rectum aus die Punktion zu machen.

Bekommt man eine Patientin im Beginn zur Behandlung, so hat man in erster Linie die Aufgabe, die

Blutung zu stillen. Dies geschieht am besten durch Eisumschläge über Bauch und Becken, durch Einschieben von Eisstücken in die Vagina.

Man lässt die Kranke absolute Ruhe halten und sorgt durch Narkotika für Mässigung der Schmerzen. Die darauf folgende Peritonitis wird mit kalten Umschlägen, unter Umständen mit Blutegeln, ferner mit Abführmitteln behandelt. Gegen das Fieber wird Chinin gegeben.

Wenn sich der Tumor zu verkleinern anfängt und die Peritonitis nachgelassen hat, so gehe man, um die Resorption zu befördern, zu Kataplasmen auf den Bauch über, man kann damit warme Vollbäder verbinden. Innerlich gibt man Jodkalium. Ausserdem sind auch Injektionen von Kreuznacher Mutterlauge in die Scheide und Soolbäder zu empfehlen.

Ausserdem lässt man die Kranke eine roborirende Diät gebrauchen und Eisen in irgend einer Form einnehmen.

Ist der Blutherd durchgebrochen, so kann man, wenn man die Perforationsöffnung findet, eine Kautschukröhre einbringen und so für den Abfluss des Blutes und Eiters Sorge tragen. Unter Umständen bei Vereiterung und Verjauchung der Wände ist eine Erweiterung der Perforationsöffnung indicirt.

Krankengeschichten.

Fall I. Katharina Maier, 40 Jahre alt, verheirathet. Patientin, die früher immer gesund war, wurde in ihrem 16. Jahr menstruirt. Die Periode trat alle 4 Wochen ein, war regelmässig, schmerzlos, nur etwas spärlich. Sie gebar 4 Mal. Sämmtliche Geburten verliefen normal. Die letzte Geburt war vor 7 Jahren. 2 Tage nach dieser Geburt musste Patientin aufstehen, worauf heftige Kreuzschmerzen auftraten, die längere Zeit anhielten, sich aber dann wieder verloren. Die Menstruation wurde von da an copiöser, ohne jedoch schmerzhaft zu sein; ausserdem litt Patientin häufig an Schwindel und an Stuhlverstopfung. Vor 4 Wochen hatte Pat. ihre Periode wie sonst, 3 Tage stark, einen Tag sehr spärlich, am 5. wieder reichlicher. 2 Tage nach dieser Menstruation wusch die Frau stark schwitzend in einem kalten Hofe. In der Nacht schlief Patientin gut und hatte Morgens über nichts zu klagen. Erst beim Stuhlgang, der sehr hart war, bekam sie plözlich heftige Schmerzen im Kreuz, die von hier auf beiden Seiten nach vorn ausstrahlten. Dabei empfand Patientin ein heftiges Reissen und Brennen im After. Dies Reissen im After liess einige Tage lang nach, die Kreuzschmerzen dauerten jedoch in geringerem Grade fort. Am 3. Tage stellten sich die Schmerzen in sehr hohem Grade wieder ein. Dabei traten bei der Patientin, die schon vorher über leichtes Frösteln zu klagen hatte, stärkere Fieberbewegungen ein. Laxantien schafften ihr etwas Erleichterung. Als Patientin 2 Tage später beim Stuhlgang heftig drängte, entleerte sich viel reines Blut aus dem After. Patientin fühlte auf dieses hin eine wesentliche Erleichterung; sie hatte jedoch bei der Defäkation noch Kreuzschmerzen, ebenso Drang zum Uriniren und Brennen in der Harnröhre beim Wasserlassen. Diese Beschwerden liessen jedoch nach. Nichtsdestoweniger suchte sie jetzt Hilfe in der Anstalt, den 22. Febr. 1872.

Stat. präsens.

Am Bauch war keine Geschwulst zu entdecken; bei der innern Untersuchung findet man die Portio vaginalis hart, vergrössert. Der äussere Muttermund ist klaffend, der Uterus ist in toto nicht nach vorn dislocirt, nur sein Fundus ist etwas anteflektirt. Die Höhle des Uterus ist 9 Ctm. lang. Hinter dem Uterus fühlt man einen etwa apfelgrossen, festen, unebenen, bei Berührung schmerzhaften Tumor. Bei der Untersuchung durch das Rectum kommt man auf denselben Tumor; man findet hier eine etwa groschengrosse Stelle, die weich und fluktuirend ist.

Die Behandlung bestand darin, dass man sie absolute Ruhe halten liess. Ausserdem werden Sooleinjektionen in die Scheide gemacht. Innerlich bekam sie Eisen.

Am 25. trat die Periode wieder ein. Sie war 3 Tage lang ziemlich reichlich, nicht besonders schmerzhaft.

Am 27. klagte sie mehr, nachdem ein harter Stuhlgang ihr grosse Schmerzen verursacht hatte. Sie bekam Laxantien, worauf 3 dünne Stühle und einige Besserung des Befindens eintrat. Die Menstruation war nur noch spärlich, die Schmerzen unbedeutend.

In der Nacht vom 27. auf den 28. erwachte sie an sehr heftigen Kreuzschmerzen und quälendem Brennen im After. Diese Schmerzen verlieren sich gegen Morgen, nachdem Patientin unter starken Schmerzen in der Blasengegend Urin entleert hatte. Gegen Abend klagt Patientin neuerdings über Harndrang, es gelingt ihr übrigens unter heftigen Schmerzen zu uriniren.

Bei der Untersuchung kann im Bauch kein Tumor gefühlt werden. Die Scheide ist sehr heiss. Gleich 3 Centim. hinter dem Introitus vaginae stösst der untersuchende Finger auf eine stark apfelgrosse, platte, weiche, dunkel fluktuirende, kuglige, sehr schmerzhafte Geschwulst, die das hintere Scheidengewölbe hervorwölbt. Der Uterus ist nach oben und vorne gedrängt. Der äussere Muttermund ist klaffend. In der Nähe des linken Rands der Geschwulst ist ein Federkiel dicker deutlich pulsirender Strang zu fühlen, der von oben nach unten verlauft. Dies ist wahrscheinlich eine über den Tumor hinweg verlaufende Arterie.

Bei der Untersuchung durch das Rectum stösst man auf dieselbe Geschwulst: Sie bildet hier eine starke Hervorragung, so dass das Lumen des Rectum bedeutend verengt ist. Sie ist weich anzufühlen. Die Oberfläche ist eben. Die Berührung ist

sehr schmerzhaft. Die vordere Mastdarmwand macht den Eindruck, als ob sie stark verdünnt wäre.

Patientin bekommt Ricinusöl und gegen die Schmerzen Morphium.

1. März. Der Uterus ist noch mehr nach vorne gedrängt. Der Tumor ist härter geworden, weniger schmerzhaft und erscheint von der Scheide aus verkleinert.

6. März. Patientin bekommt in der Nacht sehr heftige Kreuzschmerzen, denen Abgang von dunkelrothem Blut aus der Scheide folgt. Bei der Digitaluntersuchung findet man den Tumor kleiner, an einer Stelle sehr weich. Aus dem Muttermund geht reichlich Blut ab.

11. März. Der Tumor ist fett und höckrig, um die Hälfte kleiner als Anfangs.

22. März. Nachdem die fast verschwundenen Schmerzen um Kreuz und im Becken sich wieder in höherem Grade eingestellt hatten und der Leib sich mässig aufgetrieben gezeigt, ging mit dem Stuhl etwa $^1/_4$ Schoppen hellrothes Blut ab. Die Kranke fühlte sich in Folge davon etwas erlelchtert, nur klagt sie über ein eigenthümliches Gefühl von Zucken und Klopfen im Kreuz. Gegen Abend geht mit dem Stuhl etwa $^1/_2$ Schoppen dunkles Blut ab. Eben so viel ungeronnenes entleert sich ohne Stuhl gegen Morgen. Bei der Digitaluntersuchung konnte keine Perforationsöffnung gefunden werden.

28. März. Seit dieser Zeit war kein Blut mehr abgegangen, die Patientin fühlt sich wesentlich erleichtert, nur Stuhlgang und Uriniren, namentlich letzteres sind noch schmerzhaft. Die Schmerzen beim Uriniren verschwinden nach kurzer Zeit. Der Uterus ist etwas anteflektirt und bei Berührung schmerzhaft, er ist beweglich. Von dem Tumor fühlt man durch die Scheide nur noch einen bohnengrossen Rest, der rechts im hintern Scheidengewölbe sitzt. Dieses selbst ist noch etwas nach abwärts gedrängt. Bei der Untersuchung durch das Rectum findet man den Tumor um mehr als $^2/_3$ verkleinert. Patientin wurde am 30. März geheilt entlassen.

Fall II. Aus der Gynäk. Klinik des Prof. Seyfert, mitgetheilt von Prof. Säxinger. Wiener med. Wochenblatt.

Am 5. April dieses Jahres wurde die 30jährige ledige Näherin S. E. auf die Abtheilung aufgenommen, wo sie angab, vor 2 Tagen unter Kreuz- und Leibschmerzen, sowie heftigen Fieber-

erscheinungen plötzlich erkrankt zu sein. Die Krankheit trat am 3. Tage der Menstruation ein; die Menses wurden gleich beim Beginn der Krankheit auffallend sparsam und schmerzhaft. Als Ursache gab die Kranke eine starke Erkältung bei Gelegenheit einer Wäsche an. Aus der Anamnese ist noch hervorzuheben, dass die Kranke seit ihrem 16. Jahre regelmässig und schmerzlos menstruirte, in ihrem 24. Jahr einmal leicht gebar und sonst immer gesund war.

Stat. präsens. Patientin war mittelgross, kräftig gebaut. Die Temperatur der gelblich blassen Haut war erhöht. Puls 112. Zunge belegt, wenig feucht; die Schleimhäute blassroth; der Unterleib erschien etwas aufgetrieben, das Hypogastrium bei Druck empfindlich. Ueber der Symphyse war ein kleinfaustgrosser, glatter, kugliger, bei Druck schmerzhafter Tumor zu tasten.

Bei der inneren Untersuchung fand man die Scheide schlaff, heiss und ihr Gewölbe von einer über faustgrossen, runden, prall gespannten, dunkel fluktuirenden, bei Berührung schmerzhaften Geschwulst ausgefüllt, oberhalb welcher die nach oben vorn und etwas nach rechts fest an die Symphyse angedrückte Vaginalportion nur mit Mühe und unter Schmerzen zu erreichen war; der Grund des Uterus war über der Symphyse zu tasten. Die Harnröhre fand man beim Katheterisiren durch die Geschwulst comprimirt. Auch der Mastdarm war stenosirt. Die Kranke klagte über heftige Kreuz- und Leibschmerzen, grossen Durst, gänzliche Appetitlosigkeit, häufigen schmerzhaften Harndrang, sowie 3tägige Stuhlverstopfung.

Die Diagnose wurde auf Hömatocele retrouterina intraperitonealis gestellt und darnach die Behandlung eingeleitet. Es wurden Laxantien und Chinin gegeben; kalte Umschläge auf den Bauch; Suppendiät.

Unter dieser Behandlung schwanden das Fieber und die Schmerzen bald. Das Allgemeinbefinden besserte sich und die Kranke konnte ohne Schmerzen stehen und gehen. Die Geschwulst wurde fester und uneben, höckrig; der Uterus senkte sich in seine normale Lage herab. Die Kranke bekam Tonika und 4 Wochen nach Beginn der Krankheit war nur noch eine unbedeutende Resistenz im hintern Scheidengewölbe vorhanden.

In der 5. Woche traten heftige Schmerzen im Kreuz und Hypogastrium auf, die 2 Tage sehr intensiv waren und die Men-

struation, die ziemlich profus war, begleiteten. Die Kranke ging trotz der Schmerzen ziemlich viel herum, bis sie plötzlich in der Nacht einen Schüttelfrost bekam, dem Hitze, und besonders intensive Bauchschmerzen folgten. Bei der Morgenvisite fand man die Kranke fiebernd und über grosse Schmerzen klagend. Der Unterleib war aufgetrieben, das Hypogastrium besonders empfindlich; über der Symphyse tastete man einen faustgrossen, glatten, festen Tumor; eine genauere Umgränzung desselben war wegen der Schmerzen nicht möglich.

Die innere Untersuchung ergab die Scheide sehr heiss, ihr Gewölbe war von einer über Mannsfaust grossen, prall gespannten, dunkel fluktuirenden, bei Berührung schmerzhaften Geschwulst ausgefüllt, welche den Uterus nach oben und vorn dislocirte und dessen Vaginalportion fest an die Symphyse andrückte.

Die Kranke klagte über grosse Schmerzen bei jeder Bewegung und schmerzhaften Harndrang. Wir hatten es hier mit einer abermaligen Füllung des Sackes zu thun. Nach 5 Wochen war der Tumor unter der eingeleiteten Behandlung bis auf ein Minimum verschwunden. Die nächste Periode, die 5 Wochen nach der Recidive eintrat, war von geringen Schmerzen begleitet, ging mit mässigem Blutverlust einher und brachte durchaus keine Veränderung im Scheidengewölbe hervor.

In der nächsten Zeit wurde die Kranke vollständig geheilt entlassen.